

200 17 419 IV und
200 17 420 IV (2)
KNB/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Mai 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend zwei Verfügungen vom 14. und 27. März 2017



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), angelernter ... und zuletzt als ... erwerbstätig, meldete sich im Juni 2009 unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1; 10 S. 2; 30 S. 1). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, zog Berichte behandelnder Ärzte bei und führte – nachdem sie den Bericht einer vom Krankentaggeldversicherer veranlassten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eingeholt hatte (act. II 23 S. 3 ff.) – ein Belastbarkeits- bzw. Aufbau-training durch, welches aufgrund der „instabilen gesundheitlichen Situation und einer Stagnation bei der Zielerreichung“ abgebrochen wurde (act. II 42 S. 4). Hierauf liess die IVB den Versicherten durch die Dres. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie D. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, bidisziplinär begutachten (Expertise vom 3. und 8. November 2010 [act. II 49 f.]). Im Februar 2011 unterzog sich der Versicherte einem operativen Eingriff im Bereich der Lendenwirbelsäule (act. II 57 S. 1). Nach dessen weitgehender Genesung (act. II 57) gewährte die IVB dem Versicherten diverse berufliche Massnahmen, zuletzt eine Umschulung zum ... (vgl. act. II 83), welche – nachdem der Versicherte wiederum über lumbale Beschwerden geklagt hatte (act. II 90 S. 5) – im Juni 2013 abgebrochen wurde (act. II 99). Im Juli 2013 unterzog sich der Versicherte einem weiteren operativen Eingriff (act. II 101 S. 5). In der Folge gewährte die IVB erneut Arbeitstraining und Coaching [act. II 103; 111; 116]), welche beruflichen Massnahmen abermals scheiterten (act. II 128 S. 4; 138 S. 1), woraufhin die IVB den Versicherten durch die Dres. med. E. _____, Facharzt für Neurochirurgie und F. _____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten liess (Expertise vom 10. bzw. 11. Juni 2015 [act. II 151.1 f.]).

Im März bzw. Juni 2016 sprach die IVB ein Arbeitstraining im Rahmen von Integrationsmassnahmen (act. II 160; 167) in der Abklärungsstelle G. _____ zu und forderte den Versicherten – nachdem sie bei Dr. med.

H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), einen Bericht eingeholt hatte (act. II 170 S. 3 ff.) – im weiteren Verlauf auf, im Rahmen der Massnahme die Präsenz auf mindestens 50% aufzustocken, widrigenfalls die Leistungen gekürzt oder eingestellt würden (act. II 171). Nachdem die Abklärungsstelle G._____ am 29. September 2016 berichtet hatte, die vereinbarte Präsenzzeit habe nicht erreicht werden können und die Massnahme sei per 16. September 2016 abgebrochen worden (act. II 173 S. 4), stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2016 (act. II 174) die Ablehnung des Leistungsbegehrens hinsichtlich beruflicher Massnahmen sowie mit weiterem Vorbescheid vom 12. Oktober 2016 (act. II 175) die Ablehnung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 20% (ab Mai 2010) bzw. 38% (ab März 2013) in Aussicht. Gegen beide Vorbescheide liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 182), woraufhin die IVB bei Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, eine Stellungnahme einholte (act. II 188). Mit Verfügung vom 14. März 2017 (betreffend Invalidenrente [act. II 189]) bzw. 27. März 2017 (betreffend berufliche Massnahmen [act. II 191]) entschied die IVB wie in den Vorbescheiden in Aussicht gestellt.

B.

Gegen beide Verfügungen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 1. Mai 2017 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtenen Verfügungen seien aufzuheben.
2. Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers sei auf mindestens 40% festzusetzen.
3. Eventuell: Der medizinische Sachverhalt, und daraus ableitend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, sei erneut zu evaluieren.
4. Subeventuell: Es seien dem Beschwerdeführer Massnahmen beruflicher Art zu gewähren.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer hauptsächlich geltend, nach dem Bericht vom 27. April 2017 (vgl. act. II 192 S. 31 ff.) von lic. phil.

J._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, sei die Schmerzsymptomatik organisch bedingt und es könne von einer Wechselwirkung zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren, depressiver Symptomatik und der Schmerzproblematik ausgegangen werden. Es stehe zudem ein weiterer Operationsversuch zur Diskussion (S. 3). Sodann widerspreche das Gutachten von Dr. med. D._____, vom 8. November 2010 den Feststellungen im Rahmen der wenige Monate zuvor durchgeführten EFL, ohne sich damit auseinanderzusetzen. Ferner sei das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F._____, vom 11. Juni 2015 unvollständig und damit nicht beweiswertig (S. 4). Ferner habe Dr. med. E._____ im interdisziplinären bzw. neurochirurgischen Teilgutachten vom 10. Juni 2015 mit Bezug auf die Leistungsverminderung eine Spannbreite von 25-50% angegeben, unter welchen Umständen es unzulässig sei, auf einen Mittelwert (von 37.5%) abzustellen, würde doch bereits bei einer Leistungsmin- derung von 39.5% (aufgerundet) ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40% resultieren (S. 5). Schliesslich sei eine berufliche Massnahme, wie beispielsweise ein Aufbautraining, nicht per se ausgeschlossen. Vielmehr sei aber genau zu prüfen, dass die ihm beispielsweise in der Abklärungs- stelle G._____ zugewiesenen Arbeiten seinem Tätigkeitsprofil ent- sprächen und die Ziele dem Ergebnis der zu evaluierenden effektiven funktionellen Leistungsfähigkeit angepasst würden (S. 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegne- rin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Stellungnahme ver- zichtete. Ergänzend wies sie darauf hin, dass die eingereichten Berichte und namentlich jener von lic. phil. J._____ nichts am bisherigen Zumut- barkeitsprofil änderten.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bilden die Verfügungen vom 14. und 27. März 2017 (act. II 189; 191). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

Zu prüfen ist zunächst der Rentenanspruch.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (vgl. E. 2.1 vorne) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3

2.3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.3.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit präsentieren sich die Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im Mai 2009 wurde beim Beschwerdeführer eine akute, linksseitige Lumboischialgie radikulärer Genese bei zwei in den Bereichen L4/5 sowie L5/S1 festgestellten Diskushernien diagnostiziert (act. II 5 S. 1 f.). Die Behandlung erfolgte anfänglich konservativ (act. II 17 S. 3). Dem Beschwerdeführer wurde ab Mai 2009 dauerhaft eine 100%ige Arbeitsun-

fähigkeit attestiert (act. II 5 S. 3-5; 7 S. 3). Im Januar 2010 hielten die behandelnden Ärzte des Zentrums K._____ eine deutliche „Verbesserung von Aktivität und Schmerzurückgang“ fest (act. II 22 S. 3).

3.1.2 Im Februar 2010 wurde im Auftrag des Krankentaggeldversicherers eine EFL durchgeführt. Im entsprechenden Bericht vom 19. Februar 2010 (act. II 23 S. 3 ff.) wurde eine leichte Arbeit zu vier Stunden täglich als zumutbar erachtet. Ferner wurde dem Beschwerdeführer empfohlen, die begonnene Physiotherapie, welche die Situation bisher um 70% verbessert habe, fortzusetzen (S. 5).

3.1.3 Im bidisziplinären neurochirurgisch-psychiatrischen Gutachten vom 3. bzw. 8. November 2010 (act. II 49 f.) stellten die Dres. med. D._____ und C._____ interdisziplinär die folgenden Diagnosen (act. II 49 S. 23):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Lumbales und lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links mit/bei degenerativen LWS-Veränderungen (Osteochondrose L4/5 und L5/S1, mediolinkslaterale DH L4/5 mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 links, mediolinkslaterale bis an das Foramen reichende DH L5/S1 mit Verlagerung der Nervenwurzel S1 links und leichtgradiger Verlagerung der Nervenwurzel L5 links)
- WS-Fehlhaltung

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Dekonditionierung
- Vordiagnostizierte depressiv-reaktive Entwicklung ICD-10 F43.2, aktuell remittiert
- Vordiagnostizierte Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Tätigkeit als ... (...) sei dauerhaft nicht (mehr) zumutbar. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... wäre dem Beschwerdeführer unter der Voraussetzung der Einhaltung einer Gewichtslimite von 10kg mit Einschränkungen noch zumutbar, dies in einem zeitlichen Rahmen von sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender, um 20% verminderter Leis-

tungsfähigkeit. Zumutbar seien zudem körperlich leichte bis selten mittelschwere und konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche bei dabei bestehender, um 20% verminderter Leistungsfähigkeit. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und mehrheitlich körperlich mittelschwere Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS, insbesondere vornübergeigte Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, mit Positionsmonotonien oder mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das repetitive Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10kg limitiert. Die Beeinträchtigungen liessen sich durch medizinische Massnahmen (operativer Eingriff) vermindern (S. 24 f.).

3.1.4 Im Bericht des Zentrums K. _____ vom 14. Juli 2011 (act. II 57) wurde festgehalten, am ... Februar 2011 sei eine Dekompression der Nervenwurzel L5 und S1 erfolgt. Das Gang- und Standbild sei unauffällig bei voller Kraft der oberen und unteren Extremitäten, uneingeschränktem Sensorium und guter Beweglichkeit (S. 1). Ein beruflicher Wiedereinstieg im Rahmen einer Umschulungsmassnahme sei zu 100% möglich, wobei rein sitzende Tätigkeiten zu vermeiden seien (S. 2).

Im Bericht vom 28. Januar 2013 (act. II 90 S. 5 f.) hielten die behandelnden Ärzte des Zentrums K. _____ fest, der Beschwerdeführer klage seit ca. drei Wochen wiederum über lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung ins linke Bein (S. 5). Klinisch wie radiologisch bestehe ein Rezidiv-Bandscheibenvorfall L4/5 links mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5. Die durch die Hausärztin durchgeführte Cortison-Stosstherapie habe sowohl eine Verbesserung der motorischen Funktion als auch der Schmerzausstrahlung und der Sensibilität bewirkt. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit bis einschliesslich dem 28. Februar 2013 bescheinigt worden (S. 6; act. II 91 S. 2).

3.1.5 Weil die Beschwerden in der Folge auch unter konservativer Therapie persistierten respektive nach einer Wurzelinfiltration gemäss Angaben des Beschwerdeführers nur kurzzeitig regredient waren (act. II 130 S. 12-18), erfolgte am ... Juli 2013 ein weiterer operativer Eingriff an der Wirbelsäule im Bereich L4/5 (act. II 101 S. 5). Gemäss Austrittsbericht des

Zentrums K._____ vom 3. Juli 2013 (act. II 130 S. 11) sei der Verlauf peri- und postoperativ komplikationslos gewesen und der Beschwerdeführer habe rasch mobilisiert werden können (act. II 130 S. 11).

Im Bericht des Zentrums K._____ vom 30. Oktober 2013 (act. II 101 S. 2-4) wurde festgehalten, die letzte Kontrolle sei am 18. September 2013 erfolgt (S. 3). Der Gesundheitszustand habe sich verbessert (S. 2). Ein Wiedereinstieg in die Ausbildung (Umschulung) zum „...“ sei möglich; die Arbeitsunfähigkeit betrage 0% (S. 3).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 11. Februar 2014 (act. II 112) fest, eine angepasste Tätigkeit könne weitgehend uneingeschränkt ausgeübt werden. Das im Gutachten der Dres. med. D._____ und C._____ erstellte Zumutbarkeitsprofil sei weiterhin gültig (S. 2).

3.1.7 Im Bericht des Zentrums K._____ vom 13. Juni 2014 (act. II 127) wurde festgehalten, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Es bestehe eine chronische Lumbalgie bei Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 mit Black Disc eben dort. Zwar sei es nach der Re-Dekompression vom Juli 2013 zu einer anfänglichen Befundverbesserung, jedoch im weiteren Verlauf zu einer Verschlechterung gekommen. Die anfänglich ausstrahlenden Beschwerden hätten sich völlig regredient gezeigt, jedoch sei nun vor allem ein tief sitzender Rückenschmerz im Vordergrund (S. 1). Die Arbeitsunfähigkeit sei schwankend und betrage teilweise 100%; teilweise unternahme der Beschwerdeführer wieder einen Arbeitsversuch, dies meistens bei 50%iger Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

Im Bericht vom 24. November 2014 (act. II 130 S. 2 f.) hielt Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Zentrum K._____) fest, der Beschwerdeführer zeige eine fortgeschrittene Discopathie L4/5 und L5/S1. Diese könne möglicherweise der Grund für die geklagten Lumbalgien sein, die immer mehr zunähmen. Angesichts des jungen Alters des Beschwerdeführers seien die konservativen Massnahmen voll auszuschöpfen (S. 2).

3.1.8 Im bidisziplinären neurochirurgisch-psychiatrischen Gutachten vom 10. bzw. 11. Juni 2015 (act. II 151.1 f.) stellten die Dres. med. E. _____ und F. _____ die folgenden Diagnosen (act. II 151.1 S. 25):

„Osteochondrose L 4/5 und L5/S1 mit linksbetonten Protrusionen bei St. n.
Dekompression und Diskushernienentfernung L 4/5 links und L5/S1 links.

Psychiatrisch wird keine Diagnose gestellt.“

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ aus neurochirurgischer Sicht fest, die beklagten Symptome seien teilweise nachvollziehbar, die Gesamtbelastung sei LWS-bedingt sicherlich reduziert, allerdings sei es fraglich, ob dies im beschriebenen Ausmass sein müsse. Die Erwartungshaltung des Beschwerdeführers sei sehr zurückhaltend; aufgrund des bisherigen Verlaufes sei dieser gegenüber jedwelcher Arbeitsaufnahme sowohl aus Gründen der allgemeinen Befindlichkeitsreduktion bei Nachtschmerzen und Schlafqualitätsverminderung, als auch aufgrund der tagsüber vorhandenen Symptome skeptisch. Der spontane Verlauf könne nicht einfach vorhergesagt werden. Wahrscheinlich sei eine zumindest radiologisch stabile Verlaufsvariante; höhergradige Nervenwurzelkompressionen lägen gemäss Anamnese und Untersuchungsbefunden sicherlich nicht vor, eine positive Konditionierung wäre sicherlich hilfreich (act. II 151.2 S. 3).

In der bidisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, neurochirurgisch sei die Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule reduziert. Psychiatrisch beständen keine Beeinträchtigungen. Bei körperlich mittlerer bis schwerer Tätigkeit bestehe sicher eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50-100%, nicht aber bei leichter körperlicher Tätigkeit (Gewichte von 5-10kg körpernah heben, Steh- und Sitzdauer 30-60 Minuten, Gehstrecke vermutlich einige Kilometer [act. II 151.1 S. 26]); insoweit bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 25-50% (S. 25) bzw. dem Beschwerdeführer sei mindestens ein 50%-Pensum zumutbar (S. 26).

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ hielt im ärztlichen Bericht vom 26. Juli 2016 (act. II 170 S. 5) fest, das am Juni 2016 durchgeführte MRI (vgl. act. II 165) zeige keinen Hinweis für eine Bandscheibenveränderung und/oder eine nervenwurzelkomprimierende Symptomatik. Das im Gutachten vom 10. bzw. 11. Juni 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil gelte weiterhin.

3.1.10 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ hielt in der Stellungnahme vom 3. März 2017 (act. II 188 S. 2 ff.) fest, die im Rahmen des neurochirurgischen Gutachtens vom 10. Juni 2015 erhobenen Befunde seien normal. Gestützt darauf sowie auf das MRI postuliere sie ein Zumutbarkeitsprofil, das leichte bis teilweise mittelschwere Arbeit (d.h. bis 15kg; Arbeit in Wechsellagen, ohne Zwangshaltungen und nicht dauernd in gebückter Stellung, gültig ab vier Monate nach der zweiten Operation, ganztags und ohne relevante zusätzliche Einschränkung, oder maximal 10% für eine gelegentliche Pause) zulasse (S. 4).

3.1.11 Im zu Händen des Rechtsvertreters verfassten Bericht vom 27. April 2017 (act. II 192 S. 31 ff.) diagnostizierte lic. phil. J. _____ eine mittelgradig bis schwere depressive Störung auf dem Hintergrund anhaltender Schmerzen und psychosozialer Belastung (ICD-10 F32 [1-2]) bzw. DD eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33 [1-2]; [S. 33]). Die Behandlung erfolge seit Juli 2016 (S. 31), wobei bisher 11 Konsultationen stattgefunden hätten (S. 33).

3.2

3.2.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus-

schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Wie nachfolgend aufgezeigt wird, ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend abgeklärt und die sich vorliegend stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen lassen sich gestützt auf die medizinischen Akten zuverlässig beantworten, so dass es der vom Beschwerdeführer eventuell beantragten erneuten Abklärung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht bedarf.

Die Beschwerdegegnerin hat die Prüfung des Rentenanspruchs in zwei Zeitabschnitte aufgeteilt: Für die Zeit ab Mai 2010 bis und mit Februar 2013 hat sie gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D._____ und C._____ vom 3. bzw. 8. November 2010 (act. II 49 f.) einen Invaliditätsgrad von 20% ermittelt und demzufolge einen Rentenanspruch verneint. Für die Zeit ab März 2013 stellte sie schliesslich auf das bidisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten vom 10. bzw. 11. Juni 2015 (act. II 151.1 f.) der Dres. med. E._____ und F._____ ab, wobei sie bei einem Invaliditätsgrad von 38% einen Rentenanspruch wiederum verneinte (act. II 189 S. 2). Im Lichte der Aktenlage ist dies wie folgt zu präzisieren bzw. korrigieren:

3.4

3.4.1 Zunächst folgt aus den Akten, dass der Beschwerdeführer ab Mai 2009 aufgrund der geklagten Rückenbeschwerden ohne wesentlichen Unterbruch (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29^{ter} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (act. II 5 S. 3-5; 7 S. 3), womit – im Lichte der im Juni 2009 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 1 S. 1) – der Beginn des Rentenanspruchs mit der Beschwerdegegnerin auf den Mai 2010 zu liegen kommt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Entgegen ihrer Auffassung kann jedoch insoweit für die Ermittlung des Invaliditätsgrades (noch) nicht auf das auf Untersuchungen im Oktober 2010 (vgl. act. II 49 S. 8; 50

S. 5) basierende bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. _____ und C. _____ vom 3. bzw. 8. November 2010 (act. II 49 f.) abgestellt werden, da sich dieses nicht zu einer allfälligen rückwirkenden Gültigkeit des darin festgelegten Zumutbarkeitsprofils äussert. Vielmehr ist zunächst die den beweismässigen Anforderungen an medizinische Berichte genügende EFL vom 19. Februar 2010 (act. II 23 S. 3 ff.; vgl. E. 3.2.2 vorne) massgebend, nach welcher mit Bezug auf eine den Leiden angepasste leichte und wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitszeit von vier Stunden täglich als zumutbar erachtet wurde, was einer Arbeitsfähigkeit von rund 50% entspricht.

Demnach ist für die Zeit ab Mai 2010 der Invaliditätsermittlung eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50% zugrunde zu legen.

3.4.2 Im Oktober 2010 erfolgte – wie hiavor dargelegt (vgl. E. 3.4.1) – die Begutachtung durch die Dres. med. D. _____ und C. _____, welche in ihrer Expertise vom 3. bzw. 8. November 2010 (act. II 49 f.) ein lumbales und lumboradikuläres Schmerzsyndrom feststellten und körperlich leichte bis selten mittelschwere und konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden täglich an fünf Tagen die Woche bei dabei bestehender 20%iger Leistungseinschränkung als zumutbar erachteten (act. II 49 S. 23 f.). Das Gutachten erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet.

Der Beschwerdeführer beanstandet die diagnostischen Einschätzungen im Gutachten nicht, macht jedoch unter Hinweis auf die Ergebnisse der (grundsätzlich ebenso beweiskräftigen) EFL vom 5. Februar 2010 (vgl. Bericht vom 19. Februar 2010 [act. II 23 S. 3 ff.]) geltend, die im Gutachten hinsichtlich den Leiden angepasster Tätigkeiten attestierte volle Arbeitsfähigkeit bei um 20% eingeschränkter Leistungsfähigkeit (vgl. act. II 49 S. 24 f.) sei nicht nachvollziehbar. Insoweit ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen der EFL empfohlen wurde, die begonnene Physiotherapie „unbedingt“ fortzusetzen, da bereits eine Verbesserung der Situation um 70% habe erzielt werden können (act. II 23 S. 5). Anlässlich der acht Monate später erfolgten Begutachtung gab der Beschwerdeführer

denn auch an, dass sich die Beschwerdesymptomatik insgesamt (weiter) verbessert habe (vgl. act. II 50 S. 6). Wenn die Neurochirurgin Dr. med. D. _____ somit – basierend auf einer umfassenden befundmässigen Erhebung sowie gestützt auf die Ergebnisse bildgebender Verfahren (vgl. act. II 49 S. 9-15) – eine Leistungseinschränkung von noch 20% bescheinigte, ist dies ohne weiteres nachvollziehbar und mit Blick auf die durchgeführten Behandlungen entgegen dem Beschwerdeführer auch nicht widersprüchlich. Schliesslich liegen keine medizinischen Berichte im Recht, welche die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Benennung fachlicher Aspekte, die bei der Begutachtung ausser Acht geblieben oder falsch gewürdigt worden wären, in Frage stellen, weshalb auch insoweit keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens bestehen.

Folglich ist für die Zeit ab Oktober 2010 bzw. ab Februar 2011 (Art. 88a Abs. 1 IVV) grundsätzlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne eines Revisionsgrundes (vgl. E. 2.3.2 vorne) erstellt (vgl. jedoch E. 3.4.3 sogleich) und der Invaliditätsermittlung eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 0% bei 20%iger Leistungsverminderung zugrunde zu legen.

3.4.3 Am Februar 2011 erfolgte der erste operative Eingriff an der Wirbelsäule im Bereich L5 und S1 links (act. II 57 S. 1), woraus eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit einhergehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit resultierte (vgl. act. II 52 S. 4). Demnach ist für die Zeit ab Februar 2011 bzw. ab Juni 2011 (Art. 88a Abs. 2 IVV) der Invaliditätsermittlung bei Vorliegen eines weiteren Revisionsgrundes eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 100% zugrunde zu legen.

3.4.4 Im auf einer Untersuchung vom 11. Juli 2011 basierenden Bericht des Zentrums K. _____ vom 14. Juli 2011 wurde aufgrund der allseits verbesserten Befundlage wiederum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 57). Der verbesserte Gesundheitszustand stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.3.2 vorne) und die für die Invaliditätsermittlung massgebliche medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit beträgt für die Zeit ab November 2011 (Art. 88a Abs. 1 IVV) gestützt auf das Gutachten der Dres. med. D. _____ und C. _____ 0% bei einer Leistungsminderung von 20%.

Ab Januar 2013 machte der Beschwerdeführer wiederum vermehrt Rückenbeschwerden geltend (act. II 90 S. 5) und es wurde für die Zeit vom 25. Januar bis 28. Februar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. II 91 S. 2). Eine (potentiell) anspruchsr- respektive rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist aufgrund der weniger als drei Monate dauernden Arbeitsunfähigkeit damit nicht erstellt (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Am Juli 2013 erfolgte sodann eine Re-Dekompression L4/5 links und Sequestrektomie L4/5 (act. II 101 S. 5). Im Bericht des Zentrums K. _____ vom 30. Oktober 2013 (act. II 101 S. 2-4), welcher auf einer Untersuchung vom 18. September 2013 beruht (S. 3), wurde festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit betrage wiederum 0%, womit auch in der weiteren Folge keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erstellt ist. Der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ hielt denn auch mit Bericht vom 11. Februar 2014 (act. II 112) fest, das im Gutachten der Dres. med. D. _____ und C. _____ erstellte Zumutbarkeitsprofil sei weiterhin gültig (S. 2).

3.4.5 Im Juni 2014 machte der Beschwerdeführer wiederum eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes in Form einer chronischen Lumbalgie geltend. Ab diesem Zeitpunkt kann für die Invaliditätsermittlung auf das bidisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 10. bzw. 11. Juni 2015 (act. II 151.1 f.) abgestellt werden (zur zeitlichen Gültigkeit des Zumutbarkeitsprofils vgl. E. 3.4.5.2 hernach). Darin wurde bidisziplinär eine Osteochondrose L4/5 und L5/S1 mit linksbetonten Protrusionen diagnostiziert; psychiatrisch wurde (weiterhin) keine Diagnose gestellt (act. II 151.1 S. 25). Sodann bescheinigten die Gutachter dem Beschwerdeführer mit Bezug auf eine leichte körperliche Tätigkeit – aus allein somatischen Gründen – eine verminderte Leistungsfähigkeit von 25-50% (S. 25) bzw. erachteten ein Pensum von „mindestens 50%“ (S. 26) als zumutbar.

3.4.5.1 Entgegen dem Beschwerdeführer schadet es dem Beweiswert der Expertise nicht, wenn die Gutachter die Leistungsfähigkeit quantitativ im Rahmen einer relativ grossen Spannbreite einschätzten: Zum einen rührt dies offensichtlich daher, dass es für die Gutachter im Lichte der Beschwerdeangaben und der erhobenen (eher bescheidenen) Befunde

schwierig war, die Leistungsfähigkeit präziser einzuschätzen. So hielt der Neurochirurg Dr. med. E. _____ denn auch fest, die beklagten Symptome seien „teilweise nachvollziehbar, die Gesamtbelastung [sei] LWS-bedingt sicherlich reduziert, allerdings [sei] es fraglich, ob dies im beschriebenen Ausmass so sein“ müsse (act. II 151.2 S. 3). Zum andern stellt die Rechtsprechung in solchen Fällen auf einen Mittelwert ab um Rechtsungleichheiten zu vermeiden, die sich einstellen können, wenn der eine Gutachter die an sich gleiche Beurteilung in einem einzigen Wert, der andere aber in einer mehr oder weniger grossen Spannweite ausdrückt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Dezember 2007, 9C_626/2007, E. 3.2). Ebenso wenig vermögen sodann die Ergebnisse des vom 29. Juni bis 28. September 2016 in der Abklärungsstelle G. _____ durchgeführten Aufbautrainings (vgl. act. II 172 S. 2 ff.) die Schlussfolgerungen der Gutachter in Zweifel zu ziehen, basiert dieser Bericht doch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (vgl. Entscheid des BGer vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2). Schliesslich ist auch die am psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. _____ geäusserte Kritik, wonach der Experte einzig aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers, sich „nicht mehr gravierend depressiv“ zu fühlen (Beschwerde, S. 4), eine psychische Erkrankung verneint habe, unzutreffend: Vielmehr basieren die Schlussfolgerungen des Experten (u.a.) auf einer umfassenden Befunderhebung, wobei sich namentlich keine Anhaltspunkte für affektive Störungen und insbesondere keine Zeichen für eine anhaltende depressive Störung finden liessen (act. II 151.1 S. 14). Im Übrigen kommt einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Entscheid des BGer vom 19. August 2016, 9C_276/2016, E. 3.2). Dass der Gutachter insoweit fachliche Fehler begangen hätte, ist nicht ersichtlich. Insbesondere konkretisiert der Beschwerdeführer nicht weiter, was er mit seiner Beanstandung, „eine weitergehende Untersuchung“ sei „unterlassen“ worden, meint (vgl. Beschwerde, S. 4). Auch reicht er keine medizinischen

Berichte ein oder weist auf bestehende hin, die seine Vermutung stützen würden.

Auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 10. bzw. 11. Juni 2015 (act. II 151.1 f.) kann demnach abgestellt werden.

3.4.5.2 Sodann hielten die Gutachter mit Bezug auf die zeitliche Gültigkeit des Zumutbarkeitsprofils zwar fest, dass diese Frage retrospektiv nicht beurteilt werden könne bzw. dieses „vermutlich seit 2014“ gültig sei (vgl. act. II 151.1 S. 26; 151.2 S. 5). Wie jedoch nachfolgend zu zeigen ist, ist ein (auch retrospektives) Abstellen auf das im Gutachten erstellte Zumutbarkeitsprofil jedenfalls nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers:

Am 4. Juni 2014 hielten die behandelnden Ärzte des Zentrums K. _____ fest, die erneut durchgeführte Bildgebung habe keine neuen Aspekte gezeigt. Es beständen weiterhin leicht progrediente Black discs im Bereich L4/5 und L5/S1 (act. II 130 S. 7). Eine am 8. August 2014 im Zentrum K. _____ erfolgte Untersuchung ergab sodann folgendes Bild: „Hinkfreies flüssiges Gangbild, keine Zuhilfenahme von Gehstützen. Im Stehen Schulter- und Beckengeradestand. Von dorsal als auch von lateral betrachtet Wirbelsäulenalignement intakt. Im Bereich der HWS und BWS kein Druckschmerz paravertebral und interspinös auslösbar. Dezentere Druckschmerz im Bereich lumbal mit Punctum maximum tieflumbal, keine Myogelosen. Links-/Rechtsneigung und Links-/Rechtsdrehung in der Wirbelsäule schmerzfrei und uneingeschränkt durchführbar. Sensibilität an der unteren Extremitäten allseits intakt bei Muskelkraft M5 von 5. Mittellebhaft auslösbaren Muskeleigenreflexen seitengleich“ (act. II 130 S. 4). In der Beurteilung wurde festgehalten, seit ca. zwei Monaten würden alle konservativen Massnahmen (Physiotherapie und eigenständige Kraftübungen) noch ausgeschöpft, worunter sich der Befund stabil zeige mit Tendenz der leichten Besserung (S. 5). Zwar diagnostizierten die behandelnden Ärzte weiterhin eine Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 (S. 4). Dr. med. M. _____ erachtete im Bericht vom 24. November 2014 (act. II 130 S. 2 f.) jedoch die diagnostisch festgestellte Diskopathie L4/5 und L5/S1 nurmehr möglicherweise als Grund für die chronischen Lumbalgien. In der

Folge erfolgten keine weiteren Konsultationen im Zentrum K. _____ mehr (vgl. act. II 144 S. 2).

Es erscheint demnach fraglich, ob – bei gleichzeitigem Fehlen einer medizinisch fassbaren psychischen Beeinträchtigung – ab Juni 2014 eine dauerhafte Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit als hinreichend objektiviert und damit rechtsgenügend erstellt gelten kann, worauf – im Ergebnis – auch die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ hinweist, wenn sie – in nachvollziehbarer Weise – eine leichte bis teilweise mittelschwere Arbeit (d.h. bis 15kg) ohne Arbeiten in Wechselpositionen, ohne Zwangshaltungen und ohne dauernde gebückte Stellung ab vier Monate nach der zweiten Operation im Juli 2013 als ganztags und mit einer Einschränkung von maximal 10% als zumutbar erachtet (vgl. act. II 188 S. 4). So oder anders ginge eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes nicht über die im Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ postulierten Einschränkungen hinaus. Entsprechend hielt denn auch der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ im Bericht vom 26. Juli 2016 (act. II 170 S. 5) fest, das am 14. Juni 2016 durchgeführte MRI (vgl. act. II 165) zeige keinen Hinweis für eine Bandscheibenveränderung und/oder eine nervenwurzelkomprimierende Symptomatik und das im Gutachten vom 10. bzw. 11. Juni 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil gelte weiterhin.

3.4.5.3 Zusammenfassend ist der Invaliditätsermittlung für die Zeit ab Juni 2014 bzw. Oktober 2014 (Art. 88a Abs. 2 IVV) eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von höchstens 37.5% (Mittelwert von 25-50%) zugrunde zu legen.

3.4.6 Nach dem Bericht von lic. phil. J. _____ vom 27. April 2017 (act. II 192 S. 31 ff.) befindet sich der Beschwerdeführer seit Juli 2016 in psychologischer Behandlung. Mit der von ihr festgehaltenen Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung auf dem Hintergrund anhaltender Schmerzen und psychosozialer Belastung (ICD-10 F32 [1-2]) bzw. DD einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33 [1-2]), kann unter den gegebenen Umständen bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2017 jedoch nicht überwiegend

gend wahrscheinlich auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. auf ein invalidisierendes psychisches Leiden geschlossen werden: Abgesehen davon, dass die behandelnde Psychologin keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist die Diagnose nicht fachärztlich erstellt, ergeben sich doch weder aus dem nämlichen Bericht noch aus den übrigen Akten Hinweise, wonach der Beschwerdeführer (zusätzlich) in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung wäre. Ferner präsentiert sich die von lic. phil. J. _____ festgehaltene Befundlage aus objektiver Sicht bescheiden und ist kaum mit den gestellten Diagnosen in Einklang zu bringen. Auch fanden in einem Zeitraum von 10 Monaten lediglich 11 Konsultationen statt (vgl. S. 33) – mithin gut eine Konsultation pro Monat –, welche niederschwellige Therapiefrequenz ebenso wenig mit der postulierten Schwere der depressiven Störung korreliert, indessen gemäss Angaben im fraglichen Bericht dennoch zu einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit geführt hat. Demnach besteht auch für die Zeit ab Juli 2016 kein Anlass, vom im Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ erstellten Zumutbarkeitsprofil abzurücken.

3.4.7 Zusammenfassend ist der Invaliditätsermittlung ab Mai 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%, ab Februar 2011 von 0% (bei 20%iger Leistungsminderung), ab Juni 2011 von 100%, ab November 2011 von 0% (bei 20%iger Leistungsminderung) und ab Oktober 2014 von höchstens 37.5% zugrunde zu legen. Gestützt darauf ist nachfolgend – basierend auf der Einkommensvergleichsmethode – der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um bis zu maximal 25% gekürzt werden, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2

4.2.1 Für die Zeit ab Mai 2010 (vgl. E. 3.4.1 vorne) ergibt sich die folgende Berechnung:

Der Beschwerdeführer absolvierte eine Anlehre als ... (... [act. II 10 S. 2]), war auf diesem Beruf jedoch nur in der Zeit von Februar 2007 bis Juli 2008 erwerbstätig (act. II 6 S. 1), wobei er ein monatliches Gehalt von maximal Fr. 3'900.-- erzielte (vgl. act. II 6 S. 5). Ansonsten arbeitete er – jeweils für kurze Zeit – bei diversen anderen Arbeitgebern (vgl. act. II 2 S. 1), zuletzt für fünf Monate als ... (act. II 30 S. 1-4), wobei der Monatslohn Fr. 3'400.-- betrug (S. 6). Unter diesen Umständen lässt sich die hypothetische Lohnentwicklung und damit einhergehend das Valideneinkommen nicht anhand der konkreten Verhältnisse feststellen, weshalb die Tabellen der LSE 2010 heranzuziehen sind. Abzustellen ist auf den Wert „Total“ von Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Männer.

Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2010 abzustellen, wobei dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist. Eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs (vgl. E. 4.1.2 vorne) bedarf es nicht, wäre ein solcher doch unter den gegebenen Umständen bei beiden – auf statistischen Daten beruhenden – Vergleichseinkommen vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Selbst jedoch, wenn aufgrund der dem Beschwerdeführer allein zumutbaren körperlichen leichten Tätigkeit ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn von 5% zugebilligt würde, änderte sich am Ergebnis nichts.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich rechtsprechungsgemäss deren genaue ziffernmässige Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50% unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn von maximal 5% (Entscheid des BGer vom 7. April 2016, 9C_898/2015, E. 1), womit der Beschwerdeführer ab Mai 2010 bei einem Invaliditätsgrad von maximal 52.5% Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.2.2 Ab Februar 2011 ist der Invaliditätsermittlung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei 20%iger Leistungsminderung zugrunde zu legen (vgl. E. 3.4.2 vorne). Validen- und Invalideneinkommen sind unverändert auf der Grundlage desselben Tabellenlohns zu ermitteln (vgl. E. 4.2.1 vorne), wobei – mit Bezug auf das Invalideneinkommen – ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug ausser Betracht fällt, nachdem den gesundheitlichen Einschränkungen im Rahmen der 20%igen Leistungsminderung umfassend Rechnung getragen wurde (vgl. act. II 49 S. 21). Demnach besteht ab Februar 2011 bei einem dem Arbeitsunfähigkeitsgrad entsprechenden Invaliditätsgrad von 20% (vgl. E. 4.2.1 vorne) kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

4.2.3 Ab Juni 2011 ist der Invaliditätsermittlung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich sämtlicher Tätigkeiten zu Grunde zu legen (vgl. E. 3.4.3 vorne). Beträgt demnach das Invalideneinkommen im Juni 2011 Fr. 0.--, beläuft sich der Invaliditätsgrad unabhängig von der Höhe des Valideneinkommens auf 100%, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.2.4 Ab November 2011 ist gestützt auf das Gutachten der Dres. med. D. _____ und C. _____ wiederum von einer Arbeitsunfähigkeit von 0% bei einer Leistungsminderung von 20% auszugehen (vgl. E. 3.4.4 vorne). Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 20% (vgl. E. 4.2.2 vorne), womit ab November 2011 kein Rentenanspruch mehr besteht (vgl. E. 2.2 vorne).

4.2.5 Schliesslich ist basierend auf dem Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 10. bzw. 11. Juni 2015 der Invaliditätsermittlung ab Oktober 2014 eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 37.5% zugrunde zu legen (vgl. E. 3.4.5.3 vorne). Unverändert sind beide Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) basierend auf den Werten der LSE – nunmehr jenen des Jahres 2014 – zu ermitteln. Mit Bezug auf das Invalideneinkommen bedarf es keines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs, nachdem sich der der Berechnung des Invaliditätsgrades zugrunde gelegte Arbeitsunfähigkeitsgrad bereits als sehr wohlwollend erweist (vgl. E. 3.4.5.2 vorne). Somit beträgt der Invaliditätsgrad ab Oktober 2014 maximal 37.5% bzw. gerundet 38% (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123), womit der Beschwerdeführer

unverändert keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.3 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als der Beschwerdeführer für die Zeit von Mai 2010 bis und mit Januar 2011 Anspruch auf eine halbe und für die Zeit von Juni 2011 bis und mit Oktober 2011 auf eine ganze Invalidenrente hat. Soweit weitergehend, ist die Beschwerde betreffend den Rentenpunkt abzuweisen.

5.

Streitig ist schliesslich der Anspruch auf berufliche Massnahmen.

5.1

5.1.1 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Abs. 3 dieser Bestimmung u.a. in Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a^{bis}) sowie Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe [lit. b]).

5.1.2 Anders als im Rentenrecht (Art. 28 Abs. 1 IVG) nennt das Gesetz keinen Mindestgrad der Invalidität, damit Eingliederungsmassnahmen gewährt werden können (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81). Eingliederungsmassnahmen unterliegen jedoch den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 IVG. Eine Eingliederungsmassnahme hat somit neben den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen. Danach muss sie unter Berücksichtigung der gesamten tatsächlichen und rechtlichen Umstände des Einzelfalles in einem ange-

messenen Verhältnis zum angestrebten Eingliederungsziel stehen. Hinsichtlich der Angemessenheit lassen sich vier Teilaspekte unterscheiden, nämlich die sachliche, die zeitliche, die finanzielle und die persönliche Angemessenheit. Danach muss die Massnahme prognostisch ein bestimmtes Mass an Eingliederungswirksamkeit aufweisen; sodann muss gewährleistet sein, dass der angestrebte Eingliederungserfolg voraussichtlich von einer gewissen Dauer ist; des Weiteren muss der zu erwartende Erfolg in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten der konkreten Eingliederungsmassnahme stehen; schliesslich muss die Massnahme dem Betroffenen auch zumutbar sein (BGE 142 V 523 E. 2.3 S. 526).

5.1.3 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

5.2 Mit Mitteilung vom 24. März 2016 (act. II 160) erteilte die IVB „Kostengutsprache für ein Arbeitstraining im Rahmen von Integrationsmassnahmen“ in der Abklärungsstelle G._____, welche am 29. Juni 2016 (act. II 167) bis am 28. September 2016 verlängert wurde. Im Vorfeld der Eingliederungsmassnahme vereinbarten Beschwerdegegnerin, Abklärungsstelle G._____ und Beschwerdeführer u.a., die Präsenz von täglich vier auf sechs Stunden à fünf Tagen die Woche zu steigern (act. II 164 S. 3). Im Bericht vom 26. Juli 2016 (act. II 170 S. 5) hielt der RAD-Arzt Dr. med. H._____ nach Vorlage eines am 14. Juni 2016 durchgeführten MRT (act. II 165) fest, es gelte weiterhin das im Gutachten der Dres. med. E._____ und F._____ vom 10. bzw. 11. Juni 2015 formulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer eine leichte körperliche Tätigkeit bei einer Leistungsminderung von 25-50% zumutbar sei (act. II 151.1 S. 25). Nachdem der Beschwerdeführer bisher ein Pensum von lediglich knapp 22% erreicht hatte (act. II 168 S. 9), forderte ihn die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 28. Juli 2016 (act. II 171) unter

Hinweis auf Art. 21 Abs. 4 ATSG auf, die Präsenz auf mindestens 50% bzw. die Leistungsfähigkeit auf 50-75% zu steigern, widrigenfalls die Leistungen gekürzt oder verweigert werden könnten. In der Folge steigerte der Beschwerdeführer das Pensum lediglich auf 36% (act. II 172), woraufhin die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. März 2017 (act. II 191) das „Leistungsbegehren für berufliche Massnahmen“ abwies.

5.3 Wie hiervor dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin das in der Abklärungsstelle G._____ durchgeführte Aufbautraining – zumindest im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2017 – implizit unter die beruflichen Massnahmen (im engeren Sinne) subsumiert. Indessen stellt sich die Frage, ob mit Bezug auf die strittige Vorkehr nicht eher von einer Integrationsmassnahme im Sinne von Art. 14a IVG auszugehen wäre, wie dies auch aus den Kostengutsprachen hervorgeht (vgl. auch Entscheid des BGer vom 10. Oktober 2012, 9C_801/2011, E. 1). Träfe dies zu, erschiene ein (weiterer) Leistungsanspruch zum vornherein als fraglich, gälte es doch insoweit zu berücksichtigen, dass ein solcher eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% nicht nur in der bisherigen Tätigkeit, sondern auch in einem anderen Beruf voraussetzte (vgl. Satz 2 von Art. 6 ATSG; BGE 137 V 1) und vorliegend mit Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit von einer 50-75%igen Leistungsfähigkeit auszugehen ist (vgl. E. 3.4.7 vorne).

Wie es sich damit verhält, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, da sich die Leistungseinstellung im März 2017 auch dann ohne weiteres als korrekt erweist, wenn sie als berufliche Massnahme (im engeren Sinne) qualifiziert wird: Auch wenn der Beschwerdeführer im zweiten Teil des Aufbautrainings das erreichte Pensum von 22% auf 36% steigerte (vgl. act. II 173 S. 3), so blieb er damit deutlich unter der von ihm geforderten und medizinisch auch zumutbaren Präsenz von (mindestens) 50%, was der Beschwerdeführer denn auch nicht bestreitet (vgl. Beschwerde, S. 6). Auch ging er auf das Angebot der Abklärungsstelle G._____, die verpasste Präsenzzeit nachzuholen, nicht oder kaum ein (act. II 173 S. 3), worauf in der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2017 zu Recht hingewiesen wird. Soweit der Beschwerdeführer sodann insinuiert, dass die ihm zugewiesenen Arbeiten nicht dem Tätigkeitsprofil entsprochen haben

könnten (vgl. Beschwerde, S. 6, letzter Abschnitt), trifft dies offensichtlich nicht zu, wurde er doch ausschliesslich für körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Gewichten über 5kg eingesetzt (act. II 173 S. 6), wobei das Zumutbarkeitsprofil das körpernahe Heben und Tragen von Gewichten von 5-10kg erlauben würde. Schliesslich kann nicht ausgeblendet werden, dass bereits frühere Eingliederungsmassnahmen zufolge Stagnation in der Zielerreichung abgebrochen werden mussten (vgl. act. II 42 S. 4) und die Eingliederungsfachpersonen mitunter erhebliche Zweifel am Eingliederungswillen des Beschwerdeführers bekundeten (vgl. act. II 128 S. 4). Unter den gegebenen Umständen bestand mit Bezug auf das zuletzt ausgeführte Aufbautraining demnach keine begründete Aussicht auf Erlangung der Eingliederungsfähigkeit bzw. auf eine berufliche Eingliederung, womit es (spätestens im Zeitpunkt des Abbruchs der beruflichen Massnahme) an der (sachlichen) Angemessenheit der Eingliederungsvorkehr im Sinne der Verhältnismässigkeit im engeren Sinne respektive – prognostisch betrachtet – an einer hinreichenden Eingliederungswirksamkeit fehlte (vgl. E. 5.1.2 vorne). Es kann offen bleiben, ob aufgrund der dargelegten Umstände auf einen fehlenden subjektiven Eingliederungswillen zu schliessen wäre mit der Folge, dass ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht hätte durchgeführt werden müssen (Entscheid des BGer vom 17. Februar 2016, 8C_569/2015, E. 5.1). Die Beschwerdegegnerin hat das nämliche Verfahren jedenfalls korrekt durchgeführt – Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht –, womit die Leistungseinstellung so oder anders nicht zu beanstanden ist.

Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung geändert haben und an einer Eingliederungsmassnahme ernsthaft im medizinisch als zumutbar attestierten Umfang teilnehmen wollen, kann er sich bei der Beschwerdegegnerin erneut anmelden, welche darüber neu zu verfügen hätte.

5.4 Zusammenfassend ist die Beschwerde, soweit die beruflichen Massnahmen betreffend, abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Der Beschwerdeführer obsiegt in geringem Ausmass, nämlich insofern, als ihm für die Zeit von Mai 2010 bis und mit Januar 2011 eine halbe und für die Zeit von Juni 2011 bis und mit Oktober 2011 eine ganze Rente zugesprochen wurde. Bei diesem Prozessausgang sind die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, im Umfang von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer und im Umfang von Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Anteil des Beschwerdeführers ist dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zu entnehmen; der verbleibende Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 200.-- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

6.2 Aufgrund des teilweisen Obsiegens besteht ein Anspruch auf Ersatz eines Anteils der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG; BGE 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese werden – mit Blick auf die Ausführungen unter E. 6.1 hier- vor respektive nach Massgabe des teilweisen Obsiegens sowie unter Berücksichtigung der von Rechtsanwalt B._____ gesamthaft in Rechnung gestellten Aufwändungen von Fr. 5'095.25 –, ermessensweise auf pauschal Fr. 1'300.-- (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 14. März 2017 insoweit aufgehoben, als dem Beschwerdeführer für die Zeit von Mai 2010 bis und mit Januar 2011 eine halbe und für die Zeit von Juni 2011 bis und mit Oktober 2011 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Soweit weitergehend, wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. März 2017 wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden im Umfang von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer und im Umfang von Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der Anteil des Beschwerdeführers wird dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die restlichen Fr. 200.-- werden dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'300.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.